BASI DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

D'ALESSANDRO
ROSARIA

ORGANIZZAZIONE AZIENDALE IN AMBITO SANITARIO

1348 In occasione della peste, nascono a Venezia e Firenze i primi “Uffici di Sanità”

Le prime “Magistrature permanenti di sanità” vengono istituite a Milano, Venezia e Firenze intorno alla metà del ‘400

Nel ‘700 nascono le prime forme di mutualismo sanitario

1793 in Inghilterra, prima regolamentazione del mutuo soccorso

1883 in Germania, prima assicurazione pubblica obligatoria

In Italia

1890

Legge Crispi di riforma ospedaliera: ospedali non più Opere Pie ma Enti autonomi, finanziati e regolati dallo Stato che assume la competenza della Sanità Pubblica, detta norme sull'esercizio delle professioni sanitarie, sull'igiene del suolo e dell'abitato, l'acqua, le malattie infettive l'alimentazione, e sulla polizia mortuaria.

Presso il Ministero dell'Interno viene istituita una Direzione Generale per la Sanità Pubblica e in ogni provincia, presso i Prefetti, gli Uffici Sanitari provinciali.

Nel Comune il Sindaco è l'autorità sanitaria che si avvale di un Ufficiale Sanitario.\

In Italia

1943

La legge 138 rende obbligatoria l'assicurazione sociale di malattia dei lavoratori dipendenti, fino a quel tempo su base volontaria.

Restano esclusi i non lavoratori.

Le istituzioni mutualistiche garantiscono sia l'assistenza sanitaria generica e specialistica, sia quella ospedaliera

In Italia

1958

Viene istituito il Ministero della Sanità.

In ogni Provincia un Ufficio del Medico provinciale e del Veterinario Provinciale alle dirette dipendenze del Ministero.

L'Ufficiale sanitario del Comune, che pure continua a dipendere dal sindaco, diviene organo periferico del Ministero

Verso la riforma

L'assistenza sanitaria viene erogata a quasi tutta la popolazione italiana attraverso enti assicurativi di malattia che, oltre che con propri funzionari, vi provvedono tramite convenzione con medici condotti e liberi professionisti.

Sin tratta di enti autarchici, non territoriali, dotati di personalità giuridica e con gestione autonoma, e casse organizzate su base provinciale e riunite in Federazioni nazionali.

Verso la riforma

Problemi

Pluralità di enti mutualistici e previdenziali, erogatori diretti ed indiretti di prestazioni sanitarie determina un diversificato accesso alle prestazioni

Mancanza di una programmazione nazionale con conseguenti squilibri nella e strutture e nelle possibilità operative

Soluzione

Messa in liquidazione di tutti gli Enti mutualistici e creazione di un Servizio Sanitario Nazionale

Verso la riforma

Gli Ospedali costituiscono il più alto livello di attività diagnostico-terapeutico.

Nella grande maggioranza dei casi fanno capo ad Enti di Assistenza e beneficenza, con propri statuti ed amministratori.

Non mancano casi di Ospedali di proprietà pubblica - Comuni e Province - e dagli stessi enti mutualistici.

Anche essi sono privi di una visione unitaria e di una organizzazione per livelli di complessità

1. La riforma “Mariotti”

Con Legge 132 del 1968, Ministro Mariotti, viene riformato il sistema ospedaliero che prevede la costituzione di Enti ospedalieri, governati da un Consiglio di Amministrazione e definiti nella loro struttura in relazione a livelli di competenza

- regionale/altissima specialità
- interprovinciale/alta complessità
- provinciali/media complessità
- di comunità/ di base

1. La riforma “Mariotti”

Affidamento alle Regioni della direzione effettiva di tutta l’attività ospedaliera grazie al decentramento dei compiti in materia di assistenza ospedaliera.

Avvio del processo di rinnovamento edilizio ospedaliero

2. La riforma "833"

Con la Legge 23.12.1978, n. 833, lo Stato
- incamera 1.207 Enti Ospedalieri
- assorbe gli enti mutualistici e le loro attività
- crea 657 USL - 61 in Sicilia –
- offre a tutti un Servizio Sanitario Nazionale
    - assistenza medica di base
    - assistenza ospedaliera
    - assistenza specialistica
    - assistenza farmaceutica

2. La riforma "833"

Innovazioni tecniche

Unificazione degli enti che assicuravano prevenzione, assistenza e riabilitazione

Obiettivo prevenzione

Potenziamento dei servizi assistenziali di primo livello nel Distretto Sanitario

2. La riforma “833”

Innovazioni politiche

Principio di uguaglianza

Decentramento dei poteri a livello regionale e locale

Gestione affidata ad un organismo elettivo di 2° grado con tutela delle minoranze (in Italia circa 15.000 amministratori)

2. La riforma “833”

Innovazioni economiche

Programmazione nazionale, regionale e per USL e correlata fissazione delle risorse

Recupero dell’efficienza

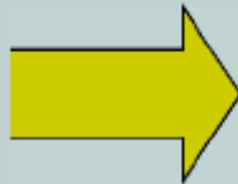
Istituzione di una rete di controlli economico-finanziari

3. La riforma “502/92”

USL

Presidente

Utenti

Politica

ASL

Burocrazia

Manager

Direttive

Clienti

Efficienza

4. La riforma “229/99”

- Aziende con Atto Aziendale di diritto privato ed autonomia imprenditoriale
- Livelli di Assistenza determinati contestualmente alla quantificazione delle risorse
- Valorizzazione del ruolo dei Distretti
- Aziende Ospedaliere, con almeno tre alte specialità
- Direttori generali scelti da apposito albo
- Ruolo unico dei dirigenti medici e previsione di incarichi diversificati
- Accreditamento delle strutture pubbliche e private

Cosa è una Organizzazione?

L'insieme di risorse umane e strumentali e di attività che rispondono a criteri di divisione del lavoro e coordinamento base ai principi di

Efficacia

+

Efficienza

e finalizzato al raggiungimento di uno o più

Fini

Cosa è una Azienda?

Il complesso dei beni organizzati dall'imprenditore per l'esercizio dell'impresa.
Art. 2555 Codice Civile

Elementi essenziali:

- Risorse umane
- Risorse economiche
- Struttura organizzativa
- Attività al fine di

creare ricchezza mediante produzione e vendita di beni

Progettare una Azienda

Divisione del lavoro (analisi dei processi produttivi, individuazione delle aree di complessità

- Divisione dei compiti alle posizioni (definizione di responsabilità/mansioni)
- Organizzazione della leadership (chi orienta le attività)
- Subordinazione degli interessi individuali al fine comune
- Retribuzione
- Spirito di iniziativa

Coordinamento

Mettere insieme, integrare, armonizzare il lavoro di più soggetti, appartenenti alla stessa o a diverse unità operative per evitare duplicazioni, sovrapposizioni, lacune e migliorare efficacia ed efficienza.

L'esigenza cresce con il crescere di differenziazione, dimensioni, complessità

Efficacia

Capacità di raggiungere un obiettivo

Efficienza

Capacità di raggiungere un obiettivo col minor impiego di risorse

Economicità

Efficacia

+

Efficienza

=

Economicità

Una Azienda sanitaria?

Insieme coordinato di risorse (umane, finanziarie e tecnologiche) organizzato per raggiungere obiettivi di salute.

Acquisisce risorse (input) sulle quali opera e restituisce prestazioni (output)

I principi

La Costituzione Italiana

Art. 32

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere sottoposto ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

Piano Sanitario Nazionale

E' lo strumento principale della programmazione sanitaria, ordinariamente triennale, che definisce

- Obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione
- Le linee generali di indirizzo del SSN
- I Livelli essenziali di Assistenza
- Gli indicatori di verifica dei risultati raggiunti
- I finanziamenti

Competenze regionali

Spettano alle Regioni, nel rispetto dei principi stabiliti dalle Leggi nazionali, le funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera.

- Organizzazione dei servizi ed attività sanitarie
- Criteri di finanziamento
- Attività di indirizzo tecnico
- Valutazione della qualità delle prestazioni
- Redazione del P.S.R.
- Articolazione del territorio regionale
- Finanziamento delle Aziende sanitarie
- Vigilanza, controllo e valutazione delle Aziende
- Nomina dei Direttori Generali

Piano Sanitario Regionale

Le Regioni, entro 150 giorni dalla pubblicazione del PSN adottano i PSR, includendo anche la definizione dei modelli organizzativi dei servizi in funzione delle esigenze del territorio e delle risorse disponibili

- Programmazione
- Finanziamento
- Organizzazione
- Funzionamento e controllo delle aziende

E’ conformata all’offerta di

- Prevenzione primaria
- Prevenzione secondaria
- Cura in elezione
- Cura in emergenza
- Riabilitazione
- Cronicità

Disegnata sulla base dei principi di

- Sussidiarietà
- Continuità di cura
- Rispondenza ai criteri di appropriatezza, efficacia, efficienza ed economicità
- Livelli di complessità
- Integrazione socio-sanitaria
- Autonomia imprenditoriale

Le strutture operative

Il Dipartimento

Modello ordinario di gestione operativa, opera come struttura di coordinamento per lo svolgimento di funzioni complesse.

Opera per processi e condivide risorse finalizzate allo stesso obiettivo

E' soggetto negoziale nei rapporti con la Direzione Generale e le altre strutture aziendali

Le strutture operative

Il Dipartimento

Si articola al proprio interno in

- **UOC** Unità Operative Complesse
- **UOS** Unità Operative Semplici

omogenee, omologhe, affini , complementari che perseguono finalità comuni

Le strutture operative

Il Dipartimento

le strutture interne, mantengono la loro autonomia e responsabilità professionale, ma sono tra loro interdipendenti al fine di costruire risposte di salute unitarie, flessibili, razionali, tempestive e complete.

A tal fine vengono adottate regole condivise di comportamento assistenziale ed economico.

Le strutture operative

Il Dipartimento

Strutturale

hanno la gestione diretta delle risorse – umane e tecnologiche - loro assegnate

Funzionale

non ha struttura gerarchica, al suo direttore spettano compiti di coordinamento interdisciplinare e indirizzo

Misto

se costituito fra strutture ospedaliere e territoriali o di Aziende diverse

Le strutture operative

Il diverso combinarsi ditali fattori, che può mutare nel tempo, determina la individuazione di

Strutture Complesse

Articolazioni organizzative affidate ad un Direttore alle quali è attribuita la gestione delle risorse umane, tecniche e finanziarie dedicate, coordinate a livello dipartimentale.

Strutture Semplici

Articolazioni organizzative all'interno di strutture aziendali - complesse o dipartimentali - affidate ad un Responsabile, alle quali è attribuita la gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie dedicate, coordinate a livello di Struttura complessa o di Dipartimento.

Audit

Esame sistematico ed indipendente mirato a stabilire se le attività svolte per la qualità ed i risultati ottenuti sono coerenti con quanto stabilito, e se quanto stabilito viene attuato efficacemente e risulta idoneo al conseguimento degli obiettivi

Audit

Interno

È la stessa organizzazione che verifica sé stessa mediante **verifiche ispettive** o **autovalutazione** per valutare la correttezza dei documenti e la coerenza delle registrazioni con i comportamenti

Esterno

Di terza parte, indipendente

Di seconda parte, cliente su fornitore

Audit

Scopo dell'Audit è raccogliere evidenze oggettive sull'attività dell'Azienda per consentire al suo responsabile di

- dare un giudizio motivato sulla conformità e sull'efficacia del sistema
- Prendere decisioni efficaci per migliorare il sistema
- Accrescere la tensione della struttura
- Ridurre le criticità
- Identificare le opportunità di miglioramento

Audit

Fasi

- Pianificazione e preparazione
- Conduzione dell'Audit
- Reporting dei risultati
- Accordo sulle azione di correzione
- Azioni di follow up

Conduzione dell'Audit

1. **Individuare i fatti**
   Chi/Cosa/Come/Dove/Quando/Perchè
2. **Registrare l'evidenza**
   acquisire i dati dimostrativi dei fatti
3. **Valutare le conformità**
   rispetto a standard, linee guida, procedure
4. **Classificare**
   in base alla significatività alta, media, bassa

Pianificazione

Determina gli obiettivi di fondo riferiti al lungo e medio periodo (5/3 anni)

Risponde alla domanda

- Cosa desidero? (sogno/qualità positiva)
- Cosa debbo? (bisogno/qualità negativa)

Strumenti della pianificazione

- Nazionale: Piano Sanitario Nazionale
- Regionale: Piano Sanitario Regionale
- Aziendale: Piano Attuativo Aziendale

Il ciclo della organizzazione

Strumento della programmazione è il

Budget

Bilancio di previsione annuale o pluriennale.

Programma delle operazioni da compiere in un certo periodo (l'anno) finalizzato al raggiungimento di certi obiettivi attraverso la quantificazione delle risorse occorrenti

Il Budget

- Obbliga tutte le aree aziendali a riflettere sulle attività di propria competenza, impostare programmi e monitorare (controllo continuo) le attività
- Promuove la comunicazione fra le diverse aree aziendali e la mediazione fra fabbisogni contrastanti
- Fornisce criteri di valutazione delle performance condivisi

Gli Obiettivi

Il livello di raggiungimento degli obiettivi viene monitorato e rilevato trimestralmente per introdurre eventuali elementi correttivi.

Il raggiungimento determina la corresponsione di un incentivo economico e concorre alla valutazione dei dirigenti al fine della conferma degli incarichi

Il ciclo della organizzazione

Controllo di Gestione

Sistema direzionale con cui i managers
- ai vari livelli e ciascuno per il proprio -
si accertano che la gestione si svolga in condizioni di efficienze ed efficacia in modo da permettere il raggiungimento degli obiettivi prestabiliti ed esplicitati in sede di pianificazione strategica e di programmazione

Il Reporting

I Report si distinguono in

Finali o annuali, focalizzano i risultati e l'andamento dell'intero esercizio

Periodici, relativi ad un segmento temporale

Proiettivi, individuano sulla base dei dati disponibili il risultato finale

Destinatari interni dei Report

- Alta direzione
- Direttori di Dipartimento
- Direttori di Unità Operative

Destinatari esterni dei Report

- Assessorato alla Sanità
- Ministero della Salute

Organizzazione professioni

Inserite all'interno dello Staff della Direzione Generale per le Professioni sanitarie

- infermieristiche e ostetriche
- sanitarie e di riabilitazione
- tecnico-sanitarie
- tecniche di prevenzione vigilanza ed ispezione
- servizio sociale

Organizzazione professioni

Le loro funzioni:

- Elaborare indirizzi e modelli organizzativi che favoriscano la standardizzazione delle prestazioni e la definizione della qualità delle stesse
- Promuovere ed attuare modelli di prevenzione, di cura e riabilitazione orientati alla personalizzazione ed umanizzazione delle prestazioni sanitarie

Organizzazione professioni

- Promuovere l'educazione sanitaria mirata alla prevenzione
- Definire programmi clinico-assistenziali di propria competenza
- Partecipare alla individuazione e realizzazione degli obiettivi dell'Azienda
- Programmare, dirigere e gestire le risorse umane, individuando standard e criteri per una equa distribuzione delle risorse

L'UNITA' DI DEGENZA

E' lo spazio che il malato occupa durante il ricovero

La tipologia dell'arredo cambia a seconda del *reparto* e dello *spazio* a disposizione della struttura.

UNITÀ DI DEGENZA

STANZA DEL MALATO

- Posizione;
- Temperatura;
- Colore;
- Finestre;
- Pavimento;
- Pareti;
- Illuminazione.

UNITÀ DI DEGENZA

STANZA DEL MALATO

- Servizi Igienici:
  - Doccia;
  - Wc;
  - Bidet;
  - Lavandino;
  - Specchio (vetro temperato).

L’UNITA’ DI DEGENZA

- Esistono diverse **tipologie** di letto impiegati a seconda della **tipologia del paziente** da assistere:

 SEMPLICE

 con rete rigida

- **SNODABILE O ARTICOLATO** : la rete si divide in due parti che si possono muovere separatamente, con manovelle o telecomando
-

UNITÀ DI DEGENZA

LETTO

Deve rispondere ad alcuni requisiti:

- Favorire il riposo;
- Favorire la corretta posizione del malato;
- Igienicità;
- Comodità;
- Economicità.

Le dimensioni minime sono: 200x60x60

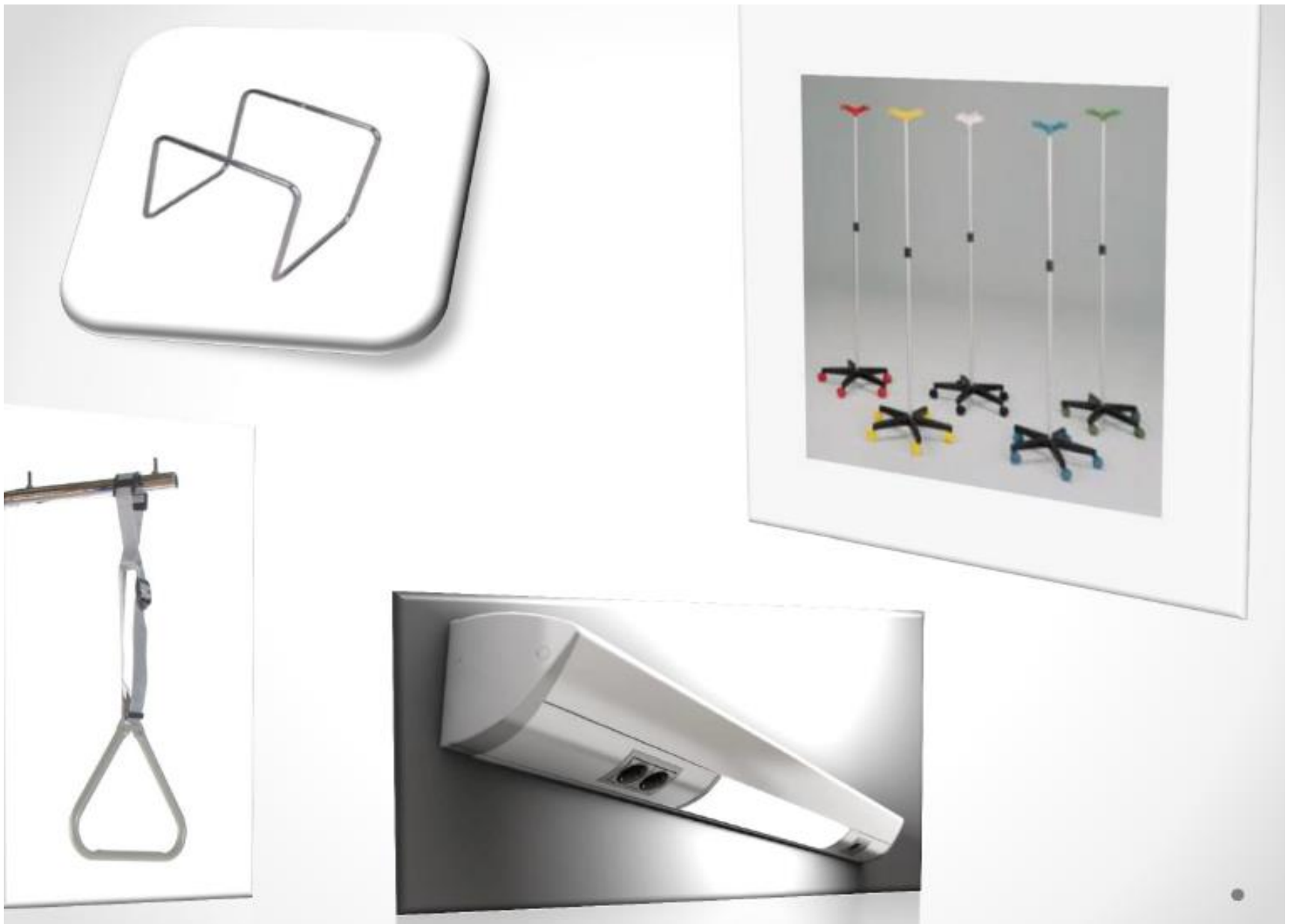
UNITÀ DI DEGENZA

LETTO - COMPONENTI

- Testata superiore sfilabile;
- Testata inferiore munita di tavolo a ribalta;
- 4 ruote proiettanti munite di freno;
- Telaio articolato.

UNITÀ DI DEGENZA

LETTO - ACCESSORI

- Solleva-cuscini;
- Spondine laterali (devono garantire la sicurezza e non al contezione);
- Archetto alzacoperte;
- Staffa;
- Asta per fleboclisi;
- Trasportaletti (in presenza di letti senza ruote).

UNITÀ DI DEGENZA

LETTO - ACCESSORI

- Materasso in lattice o in gommapiuma;
- Materassi speciali a pressione alternata;
- Cuscini in gommapiuma;
- Lenzuola e federe;
- Traversa di stoffa;
- Telo cerato o telino monouso;
- Coperta;
- Copriletto.

UNITÀ DI DEGENZA

LETTO - RIFACIMENTO

- Obiettivo:
  - Assicurare il massimo benessere al malato
- Materiale occorrente:
  - Carrello con biancheria pulita;
  - Carrello cernita per biancheria sporca.
- Quando:
  - A fondo una volta al giorno;
  - Riordinato più volte nell'arco della giornata.

UNITÀ DI DEGENZA

LETTO - RIFACIMENTO

- Tecnica:
  - Rifacimento del letto vuoto;
  - Rifaciemnto del letto occupato.

DUE OPERATORI CHE LAVORANO IN PERFETTA SINCRONIA

UNITÀ DI DEGENZA

LETTO - RIFACIMENTO LETTO VUOTO - FASI PRELIMINARI

- Preparazione degli operatori:
  - Lavarsi le mani;
  - Indossare guanti monouso;
  - Porsi al lato del letto.
- Preparazione del materiale:
  - Preparare il carrello con la biancheria pulita e portarlo vicino alla stanza del malato;
  - Preparare il carrello per la cernita della biancheria sporca e portarlo vicino al letto del malato.

UNITÀ DI DEGENZA

LETTO - RIFACIMENTO LETTO VUOTO - FASI PRELIMINARI

- Preparazione dell'ambiente:
  - Aprire le finestre senza creare correnti di aria.
- Preparazione del letto:
  - Allontanare il comodino;
  - Porre la sedia del paziente in fondo al letto con la spalliera all'esterno rispetto al letto;
  - Rimuovere eventuali spondine laterali e l'asta per fleboclisi;
  - Mettere in orizzontale il letto.

UNITÀ DI DEGENZA

LETTO - RIFACIMENTO LETTO VUOTO

- Rimuovere le lenzuola partendo dalla testata superiore;
- Porre il cuscino sulla sedia;
- Ripiegare il terzo superiore del copriletto verso il centro del letto;
- Ripiegare il terzo inferiore del copriletto verso il centro del letto;
- Ripiegare i bordi verso il centro;
- Sollevare il copriletto così piegato e riporlo sulla sedia;
- Ripetere la stessa operazione con la coperta e il lenzuolo superiore;
- Piegare in due la traversa, raccogliere i bordi verso il centro o porla sulla sedia;

UNITÀ DI DEGENZA

LETTO - RIFACIMENTO LETTO VUOTO

- Ripetere lo stesso procedimento per la traversa;
- Piegare in due il lenzuolo inferiore e scuoterlo leggermente in fondo al letto;
- Rimetterlo sul materasso senza girarlo;
- Sistemae eventuali pieghe;
- Sistemare il materasso verso la testa superiore;
- Rincalzare il lenzuolo inferiore, prima dalla parte della testa e poi dalla parte dei peidi (ad angolo retto e poi tirando al centro);
- Ripetere con la traversa;
- Collocare il lenzuolo superiore;

UNITÀ DI DEGENZA

LETTO - RIFACIMENTO LETTO VUOTO

- Rincalzare dalla parte inferiore ad angolo senza rimettere ai lati;
- Porre la coperta a circa 25 cm dalla testata superiore, piegare i lembi sul letto per prendere le misure e rimetterla in fondo a sacco in modo non compressivo;
- Mettere il copriletto sulla coperta spiegando i lembi invenrtendo il processo utilizzato per il ripiegamneto (estetica e comodità). Rimetterlo in fondo ad angolo;
- Posizionare il cuscino con la cucitura in alto e l'apertura opposta alla porta.

RIFACIMENTO LETTO VUOTO

UNITÀ DI DEGENZA

LETTO - FASI PRELIMINARI - LETTO OCCUPATO - RIFACIMENTO

- Preparazione degli operatori
- Preparazione del materiale
- Preparazione del letto

STESSO PROCEDIMENTO PER IL LETTO NON OCCUPATO

- Preparazione dell'ambiente:
  - Far uscire gli estranei;
  - Chiudere le finestre.
- Lasciare il cuscino sotto la testa del malato.

UNITÀ DI DEGENZA

LETTO - RIFACIMENTO LETTO VUOTO - PAZIENTE IN GRADO DI GIRARSI DI FIANCO

- Lasciare il paziente coperto con il lenzuolo superiore;
- Aiutare il paziente a girarsi di fianco prendendolo dietro le spalle e dietro il bacino scoprendo il minimo indispensabile e spostando adeguatamente il cuscino;
- Arrotolare il lenzuolo inferiore, traversa e tela cerata verso il centro del letto;
- Porre da un lato il lenzuolo inferiore arrotolato per metà poi la tela cerata e la traversa (anche esse arrotolate per metà);
- Far girare il malato dalla parte opposta aiutandolo e spostando adeguatemente il cuscino;

UNITÀ DI DEGENZA

LETTO - RIFACIMENTO LETTO VUOTO - PAZIENTE IN GRADO DI GIRARSI DI FIANCO

- Togliere la biancheria sporca e srotolare quella pulita;
- Rimettere il paziente in posizione supina;
- Rincalzare il tutto facendo attenzione che non siano presenti pieghe;
- Togliere il lenzuolo superiore arrotolandolo verso il centro e contemporaneamente rimpiazzare con quello pulito.

RIFACIMENTO LETTO OCCUPATO

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA - Anno Accademico 2015-2016

POLO FORMATIVO UNIVERSITARIO "MIULLI" - Acquaviva Delle Fonti (BA)

STUDENTI: Vincenzo Ferrulli, Rossella Solare

COORDINATORE DI TIROCINIO: Dr. Mauro Carmine Martucci

GRAZIE PER L'ATTENZIONE